

自立支援医療（育成医療）意見書		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定 注1	
フリガナ 受診者氏名		年齢	歳
		生年月日	年 月 日
受診者住所	高知市		
病名		先天性 ・ 後天性	
		発症 年月日	年 月 日
障害の種類（該当するものに○を付けてください）	(1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害 (6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 肝臓機能障害 (9) その他の内臓障害 (10) 免疫機能障害		
不自由の状況及び治療の具体的方針 注2			
診療予定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
治療	治療見込期間	入院治療期間 通院治療回数及び期間 訪問看護予定回数及び期間	日間 回 日間 回 日間 } 通算 日間
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 補装具・訪問看護費等	円 円 円 } 計 円
移送費見込額	円		
医療費及び移送費合計額	円		
治療後における障害の回復状況の見込み			
上記のとおり診断し，その医療費及び移送費を概算いたします。 高知市長様 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 指定医療機関名 電話番号 担当医師名			

注1 新規又は再認定に☑を付けてください。

注2 再認定の場合は，再認定が必要な理由も記載してください。